

画像診断検査(CT)紹介状(診療情報提供書)

愛媛県立新居浜病院
画像診断担当医 宛

| | |
|--------|---|
| 貴医療機関名 | |
| 診療科 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| ご担当医師名 | 印 |

| | | | | | | | | |
|---------|-------------|--------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----|----|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | | 身長 | | cm | 体重 | | kg | |
| 患者住所 | 〒 - | | | | | | | |
| 依頼検査 | CT検査 | 電話番号 | | | | | | |
| | | 造影検査使用 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 一任 | | | |
| 傷病名(主訴) | | 検査希望日 | 第一希望 | 月 | 日 | () | | |
| 検査部位 | | | 第二希望 | 月 | 日 | () | | |

紹介目的、症状経過、その他

検査前の確認事項

放射線を使用するため医療被ばくを伴いますが、患者にとって必要な検査である事の説明をお願いします。
※撮影部位・体格等に合わせて必要最低限の放射線量で検査を行います。

以下の項目に該当するものがあれば☑してください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある | <input type="checkbox"/> ペースメーカー・除細動器等を装着している |
|---|---|

造影剤使用 有 または 一任 の場合
(以下の項目に該当するものがあれば☑してください※場合によっては造影剤を使用できません)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気と診断されたことがある | 腎機能 : 血清クレアチニン値を教えてください。 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息と診断されたことがある <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 現在は治療していない | 血清Cr : _____ mg/dL 検査日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| <input type="checkbox"/> 造影剤による副作用(アレルギー)歴がある | 直近1カ月以内のデータをお教えてください。データがない場合は検査前に当院で血液検査を行いますので、患者様に検査予約時間の1時間前に来院するようにお話くださいますようお願いいたします。 |
| <input type="checkbox"/> その他のアレルギーがある | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病の治療中である ※服用している糖尿病薬:(_____) | |

| | | | | | | | | | |
|------|-----------|--|-------|--|--|--|--|--|-----|
| 保険情報 | 被保険者氏名 | | 保険者番号 | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | | | 本・家 |
| | 事業所又は保険者名 | | | | | | | | |
| | 高齢者保険番号 | | | | | | | | 割 |
| | 公費等記号番号 | | | | | | | | |

注意1. 保険情報の記入、又は健康保険証のコピー可
注意2. 当日、原本は持参して下さい